

Kvalitetsarbete/Förbättringsarbete 2025

del 1 och del 2 TEMA: *minskad antibiotikabehandling för paronyki och impetigo.*

Information om husläkarmottagningen

Mottagningens namn
Scania Husläkarmottagning

Namn på er Informationsapotekare

Roswitha Abelin

Verksamhetschef
Lotta Hallin

Verksamhetschefens e-post
lotta.hallin@scania.com

Kontaktperson för förbättringsarbetet
Albert Ercan

Kontaktpersonens e-post
albert.ercan@scania.com

Instruktioner till mottagningen

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2025, obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 1 och 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2026 obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till forbattningsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se

Radera EJ text i grå fält.

Inför att skicka in: Har arbetet sparats med **rätt namn**? Skicka inte som länk (vi når inte era länkar) och inte som PDF. Skicka i form av **bilaga i word** sparad med korrekt namn. Står det något i **alla rutor**? Kommer era insatser bestå över tid? (ska **ej vara en engångsinsats** utan handla om förändrade arbetssätt). Har ni **minst 2 indikatorer** och **mäter ni något som gör skillnad för patienterna**? DVS inte bara att ni frågat om saker (t.ex. rökvanor) eller att ni dokumenterar saker (t.ex. BMI).

DEL 1 – Planen

Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn och profession:

Namn: Albert Ercan

Profession:
Specialist i Allmänmedicin

Att involvera flera

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.
- Inkludera gärna två ST-läkare som inte är på sidotjänstgöring samtidigt, eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning. Låt dock inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras) redan innan genomförandet. Kanske bjuda in en patient att vara med i förbättringsteamet.

A: Ange teammedlemmar med namn och deras professioner

A:

Jesy Sivaprasad: Specialist i Allmänmedicin, STRAMA ansvarig på vårdcentral

Albert Ercan: Specialist i Allmänmedicin

Pernilla Lindgren: Smittskyddsansvarig legitimerad sjuksköterska

Elaine Österberg: Legitimerad Undersköterska, Hygienansvarig

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

B: Vi kommer att ha mer skriftliga information till patienter om infektionssjukdomar via till exempel med patient TV. Kommer att visa information om egenvård och för- och nackdelar av användning av antibiotika. Vi ger ut ett skriftligt dokument om hygienregler vid infektion och råd för egenvård. De som behandlas följs upp med samtal och effekten utvärderas.

Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?

Ett förbättringsarbete börjar ofta med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/>

Kartläggning; skriv kortfattat hur ni har det hos er nu. Ange även vad ni vill åstadkomma och varför.

På vår verksamhet ligger för närvarande andelen av patienter med paronyki och impetigo med antibiotika högre jämfört med region Stockholm. Generellt ligger verksamheten för antibiotikaföreskrivning lägre för infektionssjukdomar. Men just för impetigo och paronyki ligger vi över jämfört med region. Andelen patienter med paronyki som blev antibiotikabehandlad per 1000 sedan listade hos Scania är 30,9 % jämfört med 17,8% i region Stockholm. Andel impetigo med per oral antibiotika 64% jämfört med regionen 47%

Val av tema för förbättringsarbetet:

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Vi har valt temat minskad antibiotikabehandling för paronyki och impetigo. Målet med förbättringsarbete är att minska antibiotikaförskrivning och främja mer egenvård.

Mål (Vad vill ni uppnå?)

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/>

Formulera här era mål:

Minska antibiotikaförskrivning mot impetigo och paronyki. Arbetet skall pågå mars-december 2025. Förbättringsarbete kommer att genomföras via telefonrådgivning och vid patientbesök och sjuksköterskebesök. Försöka skapa verktyg för ett strukturerat rådgivning via telefon och bedömer kriterier för lokalbehandling eller antibiotika vid besök.

På Scania Husläkarmottagningen pågår arbete för att bli certifierad som antibiotika smart vårdcentral. Kommer att följa antibiotikaförskrivning mot nageltrång hela år 2025.

Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-forbattringstrappa/>

Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Vi har många i övrigt friska personer som ringer. Arbetar ofta med arbetsskor med stålhätta och smärta i nageln gör svårt att arbeta

1.1: Mer kartläggning av symtom på telefon
1.2: Diskussion på mötena av vårdpersonal
1.3: Patientutbildning

2: Vi har god tillgänglighet för vård både på telefon och läkarbesök.

2.1: Mer fokus på egenvård.
2.2: Telefonuppföljning
2.3: Boka patienten till rätt nivå av vårdpersonal

3: Ideer har funnit att behandla med antibiotika som gör att de kan återgå till arbetet snabbare

3.1: Patient TV
3.2: Utbildning till personal
3.3: Uppföljning av patienten innan antibiotika. Följer riktlinjer.

Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometrier per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel. Om ni väljer andra mått (för mjukare värden) så stäm av med er informationsapotekare eller er informationsläkare att måttet fungerar.**

	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol. Antal snabbspirometrier per vecka	Nuläge = Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum för att uppnå målvärdet
Indikator 1 Inf51	Andel patienter med paronyki som fick antibiotika per 1000 listade	30,9%	Mars 2025	17%	Medrave	December 2025
Indikator 2 Inf42	Andel impetigo med per oral antibiotika	64%	Mars 2025	30%	Medrave	December 2025
Indikator 3						<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 4						<i>T.ex. dec 2025</i>
Indikator 5						<i>T.ex. dec 2025</i>

Kommentar (valfritt):

TIPS: Notera någonstans källa och datum för varje gång ni tar ut data, så att det är lätt för någon annan att fortsätta ta ut data. Det är bra om ni kan ta ut era data en gång varje månad och följa hur det går så ni vet om era insatser får effekt. Sätt gärna upp det ni drar ut i fikarummet, det kan ge ett ökat engagemang.

Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:
<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/fortbildning-och-kvalitetsstod/stodmaterial-kvalitetsarbete/verktyslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

Presentation av riktlinjer. Kontroll av Primärvårdskvalitet 1 gång per månad och presentera vid arbetsplatsträff. Information om detta till läkare och sköterska grupper och samla in förslag på förbättringsåtgärder. Patientinformation via patient tv.

Redovisningen av indikatorernas utfall sker sen i slutredovisningen i del 2 nedan.

Spara detta dokument med namn enligt detta: Enhet tema år del 1 t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1" utan att klippa bort del 2 och skicka in som en bilaga (ej länk) i WORDFORMAT namngivet med er vårdcentral enligt ovan senast 28 februari 2025 till: forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se

DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)

Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?

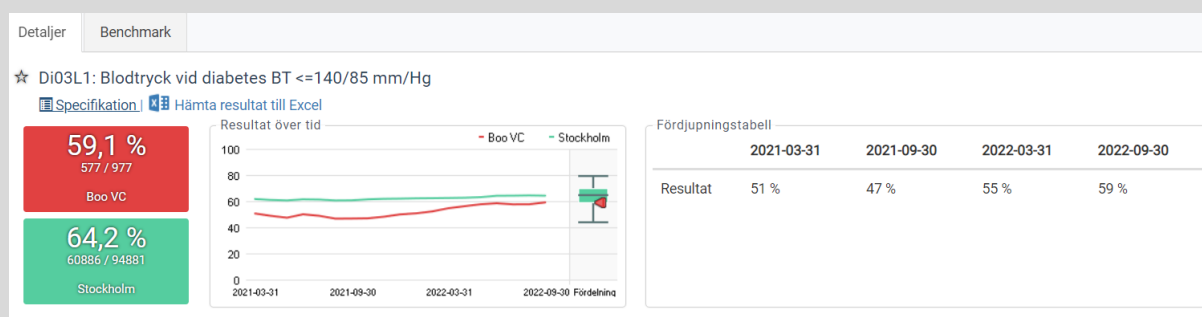
När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**

Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

En genomgång av antibiotikaföreskrivning vid paronyki och impetigo visade att vårdcentralen låg över regionens genomsnitt. Som förbättringsidé beslutades därför att arbeta mer strukturerat med följsamhet till gällande vårdprogram och behandlingsrekommendationer för att minska onödig antibiotikaanvändning. Arbetet inleddes med en genomgång av befintliga rutiner och föreskrivningsmönster. Statistik följdes månadsvis via Medrave och presenterades löpande för både läkar- och sjuksköterskegrupperna. Under uppföljningen identifierades felregistrering av diagnoskoder samt variation kopplat till inhyrd personal, vilket påverkade statistiken. Rutiner för korrekt registrering och behandling uppdaterades och vikten av att följa dessa repeterades regelbundet vid läkarmöten och arbetsplatsträffar. Parallellt genomfördes interna utbildningsinsatser baserade på vårdprogram från VISS och STRAMAs behandlingsrekommendationer. Informationen riktades både till läkare och sjuksköterskor och har även integrerats i introduktionen för nyanställd och inhyrd personal. För att stärka patientdelaktighet och minska förväntningar på antibiotika har sjuksköterskor vid bokning informerat om aktuella behandlingsrekommendationer samt risker med antibiotikaanvändning. Informationsmaterial om antibiotika och resistens har även placerats i väntrum och infektionsrum. Efter att arbetssätten testats i liten skala och visat förbättrad struktur och följsamhet har de införts som en del av ordinarie verksamhet och standardiserats som rutin vid handläggning av paronyki och impetigo

Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
Indikator 1	Andel patienter med paronyki som fick antibiotika per 1000 listade	30,9%	Mars 2025	17%	11%	Medrave	Dec 2025
Indikator 2	Andel impetigo med per oral antibiotika	64%	Mars 2025	30%	27%		Dec 2025
Indikator 3							T.ex. dec 2025
Indikator 4							T.ex. dec 2025
Indikator 5							T.ex. dec 2025

Övriga kommentarer:

Vi har tagit del av Era kommentarer och förslag och genomfört ändringarna.

Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss att regelbunden uppföljning av förskrivningsstatistik är avgörande för att tidigt upptäcka avvikelser och styra förbättringsarbetet i rätt riktning. Arbetet har också visat hur viktigt det är med korrekt diagnosregistrering för att statistiken ska bli tillförlitlig och kunna användas som underlag för förbättringar. Vidare har vi sett att kontinuerlig information och återkoppling till både läkare och sjuksköterskor ökar följsamheten till vårdprogram och behandlingsrekommendationer. Vi har även lärt oss att strukturerad introduktion av nyanställd och inhyrd personal är nödvändig för att säkerställa ett enhetligt arbetssätt. Slutligen har vi fått ökad förståelse för patientinformationens betydelse. När patienter får tydlig information om antibiotika, resistens och egenvård minskar förväntningarna på antibiotikaförskrivning och mötet blir mer konstruktivt.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Patienternas kunskap och erfarenheter har använts genom att vi uppmärksammat återkommande frågor, förväntningar och oro kring antibiotikabehandling vid besök för hudinfektioner. Dessa erfarenheter har legat till grund för hur vi utformat vår patientinformation och vårt arbetssätt kring rådgivning och kommunikation. Under förbättringsarbetet har vi aktivt arbetat med att öka patienternas delaktighet genom att ge tydligare information om behandlingsrekommendationer, egenvård och när antibiotika är motiverat. Sjuksköterskor har vid tidsbokning och rådgivning informerat om förväntat vårdförlopp samt risker med onödig antibiotikaanvändning, vilket har gjort patienterna mer förberedda inför besöket och delaktiga i behandlingsbeslut. Informationsmaterial i väntrum och infektionsrum har använts som ett stöd för dialogen mellan vårdpersonal och patienter. Detta har bidragit till ökad förståelse för antibiotikaresistens och stärkt patienternas möjlighet att ta informerade beslut tillsammans med vårdgivaren. Genom ett mer strukturerat informationsarbete har vi upplevt att patienterna i större utsträckning accepterar icke-antibiotisk behandling när detta är medicinskt motiverat och känner sig mer involverade i sin egen vård

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Vi planerar att fortsätta följa antibiotikaförskrivningen regelbundet via Medrave för att säkerställa att förbättringarna bibehålls över tid och för att tidigt kunna identifiera eventuella avvikelser. Statistik kommer även fortsättningsvis att presenteras och diskuteras i personalgruppen som en del av det löpande kvalitetsarbetet. Vi avser att vidmakthålla de uppdaterade rutinerna för behandling samt säkerställa att dessa är en naturlig del av introduktionen för nyanställd och inhyrd personal. Fortlöpande intern utbildning kring vårdprogram och STRAMAs rekommendationer planeras att genomföras vid behov eller vid uppdateringar av riktlinjer. Patientinformationen kommer fortsatt att användas och uppdateras vid behov för att stödja ett gemensamt förhållningssätt kring antibiotikaanvändning. Sjuksköterskornas roll i rådgivning och information vid bokning kommer att bibehållas som en viktig del av arbetet. Om uppföljningen visar att målen inte uppnås eller att nya utmaningar uppstår kommer arbetssättet att justeras och kompletteras med ytterligare åtgärder för att säkerställa en långsiktigt hållbar förbättring

Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1 och 2
t.ex. "Boo VC diabetes 2025 del 1 och 2" utan punkter eller understreck och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA (EJ LÄNK)** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2026 till funktionsbrevlådan forbattningsarbeten.apc.sloso@regionstockholm.se
Bilagor sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor (T.ex. "Boo VC Bilaga 1") och skickas i word eller pdf-format. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.